L 9 KR 184/19 KL

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 184/19 KL
Datum
22.06.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Es dient überragenden Gemeinwohlbelangen, die Notfallversorgung in Krankenhäusern zu strukturieren und in ihrer Qualität zu sichern.

2. Der Beschluss des GBA über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch vom 19. April 2018 ist rechtlich nicht zu beanstanden.

3. Hochspezialisierte Fachkrankenhäuser haben keinen Anspruch auf eine Sonderrolle im „System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern"; sie werden durch den Beschluss des GBA vom 19. April 2018 nicht willkürlich gleichbehandelt.

Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Klägerin und der beklagte Gemeinsame Bundesausschuss (GBA, im Folgenden: der Beklagte) streiten darüber, ob der Beschluss des Beklagten über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19. April 2018 (bekannt gemacht im Bundesanzeiger vom 18. Mai 2018, BAnz AT 18. Mai 2018 B4) wirksam ist.

Die Klägerin ist Trägerin eines Fach- und Akutkrankenhauses für Dermatologie und Allergologie, Kinderdermatologie, Dermatochirurgie und Dermatopsychosomatik. Das Krankenhaus ist im Krankenhausplan des Freistaates Bayern mit 150 Planbetten aufgenommen. Als Fachkrankenhaus behandelt die Klägerin Patienten ambulant und stationär in den Schwerpunktbereichen Erythrodermie, Arzneimittelexanthem, Herpes Zoster, Ekzema herpeticatum, Bullöses Pemphigoid, Anaphylaxie, Erysipel und Quincke-Ödem. Seit Anfang 2019 erbringt sie Leistungen der Psychosomatik im Bereich der Dermatopsychosomatik.

Die Klägerin fungiert als Notfallversorgerin insbesondere im Bereich von Hauterkrankungen (24 Stunden an sieben Tagen pro Woche und an

Feiertagen). Dazu hält sie einen Notfallbehandlungsraum mit der Möglichkeit einer Kurzzeitbeatmung vor. Eine weitere medizintechnische und räumliche Nofallausstattung liegt nicht vor, diese ist im Bereich der Dermatologie unüblich. Im Kalenderjahr 2019 versorgte die Klägerin nach eigenen Angaben insgesamt 3.879 stationären Aufnahmen.

Der Gesetzgeber ermächtigte und verpflichtete den Beklagten in Art. 6 Nr. 15 des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz, KHSG) vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I, S. 2229 [2249]) durch Einführung des § 136c Abs. 4 SGB V, ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zu beschließen:

(4) 1Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2017 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. 2Hierbei sind für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen differenziert festzulegen. 3Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei diesen Festlegungen planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach Absatz 1 Satz 1, soweit diese für die Notfallversorgung von Bedeutung sind. 4Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. 5Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen.

Durch Art. 5 Nr. 7 lit. b, bb des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19. Dezember 2016, BGBl. I S. 2986 [2995], verpflichtete der Gesetzgeber den Beklagten zusätzlich, vor Beschlussfassung eine Folgenabschätzung durchzuführen und deren Ergebnisse zu berücksichtigen:

6Der Gemeinsame Bundesausschuss führt vor Beschlussfassung eine Folgenabschätzung durch und berücksichtigt deren Ergebnisse.

Getragen war die Einführung des § 136c Abs. 4 SGB V von folgenden Erwägungen des Gesetzgebers (BT-Drs. 18/5372, S. 91f.):

Durch die Regelung in Satz 1 erhält der G-BA den Auftrag, ein Stufensystem der Teilnahme an der Notfallversorgung festzulegen. Die Entwicklung eines solchen Stufensystems der Teilnahme an der Notfallversorgung soll strukturelle Voraussetzungen definieren, z.B. zur Vorhaltung der Art und Anzahl bestimmter Abteilungen, zur Anzahl von Intensivbetten und vorhandener medizintechnischer Ausstattung sowie zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Personals. Zudem ist zu berücksichtigen, ob eine Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft an allen Tagen besteht. Die Stufen können auch Differenzierungen nach Indikationsbereichen vorsehen. Die unterste Stufe ist unter Berücksichtigung der Vorgaben für die beim Sicherstellungszuschlag für die Versorgung notwendigen Leistungen der Notfallversorgung festzulegen. Die höchste Stufe ist z.B. für eine umfassende Notfallversorgung in Universitätskliniken oder Kliniken der Maximalversorgung vorzusehen. Nach Satz 3 ist der G-BA verpflichtet, festgelegte planungsrelevante Qualitätsindikatoren bei den Vorgaben für die Notfallversorgung zu berücksichtigen, soweit diese hierfür Relevanz besitzen. Dies kommt insbesondere bei Indikatoren zur Strukturqualität für Leistungsbereiche in Betracht, die in die Notfallversorgung einbezogen werden sollen. In Abhängigkeit der als Mindestvoraussetzungen für differenzierte Stufen festgelegten strukturellen Voraussetzungen sollen Krankenhäuser zukünftig der Höhe nach gestaffelte Zuschläge für ihre Beteiligung an der Notfallversorgung erhalten, die nach § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG von den Vertragspartnern auf Bundesebene bis zum 30. Juni 2017 zu vereinbaren sind. Bei einer Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung sind verbindlich Abschläge nach § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG zu erheben. Die betroffenen medizinischen Fachgesellschaften werden beteiligt, indem sie Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten, die der G-BA bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen hat. Der Beschluss des G-BA hat normsetzenden Charakter und bedarf einschließlich der tragenden Gründe der öffentlichen Bekanntmachung. Die Kompetenzen des G-BA, auf der Grundlage von § 136 Absatz 1 SGB V Regelungen zur Qualitätssicherung der ambulanten Notfallversorgung und zur Stärkung der sektorenübergreifenden Notfallversorgung zu treffen, bleiben unberührt.

Ergänzend führte der Gesetzgeber mit Art. 1 Nr. 7 a) KSHG § 17b Abs. 1a Nr. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ein; danach „sind bundeseinheitliche Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für die Notfallversorgung“.

Zugleich führte der Gesetzgeber mit dem KSHG – dort Art. 2 Nr. 9 lit. a) – § 9 Absatz 1a Nr. 5 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ein. Danach vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene „bis zum 30. Juni 2017 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung, wobei bei der Ermittlung der Höhe der Zu- und Abschläge eine Unterstützung durch das DRG-Institut vorzusehen ist; die Zu- und Abschläge müssen sich auf das Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickeln ist.“ Hierzu heißt es in der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 18/5372, S. 69f.):

Bislang wird dem unterschiedlichen Umfang der Einbindung der Krankenhäuser in die Notfallversorgung nur durch einen gesetzlichen

Abschlag in Höhe von 50 Euro je vollstationären Fall Rechnung getragen, der nach § 4 Absatz 6 bei Krankenhäusern, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, abgezogen wird. Zwar hat der Gesetzgeber vorgesehen, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene diesen 50-Euro-Abschlag durch die Vereinbarung von abweichenden Zu- oder Abschlägen ablösen können. Hiervon wurde jedoch kein Gebrauch gemacht. Durch die Festlegung eines Stufensystems, das strukturelle und personelle Unterschiede und Mindestvoraussetzungen bei der Notfallversorgung sowie den zeitlichen Umfang der Vorhaltung von Notfallleistungen in Krankenhäusern abbildet, soll nunmehr in Verbindung mit entsprechend gestaffelten Zu- und Abschlägen erreicht werden, dass künftig Krankenhäuser mit einem hohen Umfang an vorgehaltenen Notfallstrukturen bessergestellt werden als Krankenhäuser mit einem geringeren Umfang. Für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung soll ein Abschlag vereinbart werden. Nach Nummer 5 haben die Vertragspartner auf Bundesebene die Höhe der Zu- oder Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Notfallversorgung auf der Grundlage des Stufensystems zu vereinbaren, das der GBA nach § 136c Absatz 4 SGB V bis zum 31. Dezember 2016 zu entwickeln hat. Die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene über die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zuschläge und des Abschlags für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung ist bis zum 30. Juni 2017 zu schließen. Sie haben sich vom InEK bei der Ermittlung der Höhe der Zuschläge und des Abschlags für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung unterstützen zu lassen, soweit die Daten hierfür vorliegen. Darüber hinaus haben die Vertragsparteien auf Bundesebene auf der Grundlage von § 9 Absatz 1 Nummer 3 weitere erforderliche Regelungen zur Erhebung der Notfallzu- und -abschläge, z.B. zum Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung, zu vereinbaren. Bis zum Zeitpunkt der Erhebung der neuen Zu- und Abschläge auf der Grundlage des Stufensystems des G-BA haben Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, weiterhin nach § 4 Absatz 6 einen Abschlag in Höhe von 50 Euro je vollstationärem Fall vorzunehmen.

Nach Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens einschließlich mündlicher Anhörung (§§ 91 Abs. 5, 136c Abs. 4 Sätze 4 und 5 SGB V) und nach Einholung einer auf der Befragung der Krankenhausstandorte basierenden Folgenabschätzung (§ 136c Abs. 4 Satz 6 SGB V) beriet der Beklagte am 19. April 2018 seine Entscheidung abschließend und fasste den hier streitbefangenen „Beschluss über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V“ (abrufbar unter www.g-ba.de/beschluesse/3301). Der Beschluss trat nach seiner Veröffentlichung im Bundesanzeiger vom 18. Mai 2018 (BAnz AT 18. Mai 2018 B4) am 19. Mai 2018 in Kraft. Zudem beschloss der Beklagte in seiner Sitzung am 5. Juli 2018, den Endbericht der IGES Institut GmbH, Berlin, „Folgenabschätzung einer gestuften Notfallversorgung“ in der Fassung vom 31. Mai 2018 gemäß Anlage förmlich abzunehmen (https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3401/2018-07-05_Not-Kra-R_Abnahme-EB-IGES-inkl-Anlage.pdf).

Konkret legte der Beklagte u.a. in § 3 Abs. 1 seines Beschlusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern drei sich hinsichtlich Art und Umfang der Notfallvorhaltungen unterscheidende Stufen fest: Eine Stufe 1 - „Basisnotfallversorgung“, eine Stufe 2 - „erweiterte Notfallversorgung“ und eine Stufe 3 - „umfassende Notfallversorgung“. In den §§ 5 ff. des Beschlusses legte er für jede der drei Stufen der Notfallversorgung Vorgaben zu den Kategorien „Art und Anzahl von Fachabteilungen“, „Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals“, „Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten“, „medizinisch-technische Ausstattung“ und „Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme“ fest. Nach § 5 Abs. 2 des Beschlusses liegt eine „Fachabteilung“ vor, wenn u.a. ein angestellter Facharzt mit einer entsprechenden Qualifikation innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar ist.

§ 6 des Beschlusses sieht allgemeine Anforderungen vor, die bei allen Stufen erfüllt sein müssen. Zu diesen allgemeinen Anforderungen zählt unter anderem, dass die Mindestvorgaben von den Krankenhäusern jeder Stufe „zu jeder Zeit“, also „24 Stunden an 7 Tagen pro Woche“ am Standort erfüllt werden müssen (§ 6 Abs. 1 Satz 1 des Beschlusses). Die Notfallversorgung muss in allen Stufen gemäß § 6 Abs. 2 Satz 1 des Beschlusses „ganz überwiegend“ in einer Zentralen Notaufnahme (ZNA) stattfinden, die u.a. eine eigenständige, fachlich unabhängige Leitung aufweisen muss. Zudem bestimmt § 11 Abs. 1 des Beschlusses, dass Krankenhäuser der Stufe 1 insbesondere einen Schockraum und eine 24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung vorzuhalten haben. Nach § 30 Abs. 1 Satz 1 des Beschlusses sind die Vorgaben des Beschlusses bereits mit dessen Inkrafttreten zu erfüllen; für die Erfüllung u.a. der Anforderungen einer ZNA bleibt den Krankenhäusern aber eine Übergangsfrist von drei Jahren ab Inkrafttreten des Beschlusses (§ 30 Abs. 1 Satz 2 des Beschlusses).

Gemäß § 4 des Beschlusses kann abweichend von den Vorgaben des § 3 Abs. 2 die Versorgung besonderer stationärer Notfälle auch strukturiert durch Krankenhäuser erfolgen, die nicht die Anforderungen eines der Abschnitte III - V erfüllen, sofern sie die besonderen Vorgaben der Speziellen Notfallversorgung nach Abschnitt VI erfüllen. Zur Speziellen Notfallversorgung gehören u.a. Krankenhäuser/Einrichtungen, die die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung (§ 26 des Beschlusses) erfüllen. Dazu gehören u.a. in eng begrenzten Ausnahmefällen Krankenhäuser, die aufgrund krankenhausplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der Landeskrankenhausplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen (§ 26 Abs. 2 Nr. 3 des Beschlusses).

Auf der Grundlage dieses Stufensystems trafen die Vertragsparteien auf Bundesebene gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG am 10. Dezember 2018 eine am 1. Januar 2019 in Kraft getretene „Notfallstufenvergütungsvereinbarung“ (2018_12_10_Notfallstufenverguetungsvereinbarung.pdf (gkv-spitzenverband.de)).

Darin ist eine jährliche Zuschlagspauschale in Höhe von 153.000 Euro für die Teilnahme an Stufe 1, von 495.000 Euro an Stufe 2 und von

688.500 Euro an Stufe 3 vorgesehen (§ 3 Abs. 1 der Vereinbarung). „Sofern die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG die Nichtteilnahme eines Krankenhausstandortes an der Notfallversorgung nach § 1 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 festgestellt haben, erfolgt für jeden vollstationären Behandlungsfall am aufnehmenden Krankenhausstandort ein Rechnungsabschlag in Höhe von 60 Euro.“ (§ 2 Abs. 1 Satz 1 der Vereinbarung). Gemäß § 1 Abs. 1 Satz 1 der Vereinbarung prüfen die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG die Erfüllung der Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß des G-BA-Beschlusses für den jeweiligen Krankenhausstandort und stellen in der Budgetverhandlung verbindlich fest, in welche Notfallstufe bzw. in welches Modul der speziellen Notfallversorgung (Modul) der Krankenhausstandort einzustufen ist.

Unstreitig erfüllt die Klägerin als Fachkrankenhaus für Hauterkrankungen nicht die Strukturvorgaben im Sinne der Anforderungen an die Basisnotfallversorgung nach Abschnitt III des Beschlusses des Beklagten, denn sie verfügt nicht über die Fachabteilungen Chirurgie oder Unfallchirurgie und Innere Medizin (§ 8) und auch nicht über einen Schockraum und 24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung (§ 11). Sie unterfällt deshalb dem nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG von den Vertragsparteien auf Bundesebene zwingend zu vereinbarenden Abschlag für die Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen.

Dies führte seit Inkrafttreten des Beschlusses des Beklagten nach Angaben der Klägerin zu einem Notfallabschlag in Höhe von 240.000 Euro für das Jahr 2018 und in Höhe von 232.740 Euro für das Jahr 2019. (2021 erwartet: 266.880 Euro). In Kombination mit weiteren Faktoren, die sich u.a. aus der Nichterbringung von geplanten Behandlungen infolge der Covid-19-Pandemie ergaben, beziffert die Klägerin für 2021 ihr negatives Jahresergebnis auf 822.853 Euro.

Die Klägerin wendet sich mit ihrer am 17. Mai 2019 erhobenen Klage unmittelbar gegen den Beschluss des Beklagten vom 19. April 2018. Die Abschnitte I. bis III. des Beschlusses seien rechtswidrig und damit nichtig. Zur Begründung führt sie im Wesentlichen an:

Der Beschluss des Beklagten habe entgeltrechtliche Relevanz. Sie gewährleiste als Fachklinik keine Notfallversorgung im Sinne des Beschlusses, dennoch verfüge sie über Strukturen der Notfallversorgung und nehme 24 Stunden an sieben Tagen der Woche an der Notfallversorgung teil. Eine hierfür entsprechende personelle und apparative Ausstattung werde vorgehalten, so der Notfallbehandlungsraum mit der Möglichkeit einer Kurzzeitbeatmung. Im Regierungsbezirk Mittelfranken würden lediglich am Klinikum Nürnberg 65 Planbetten für die spezielle Fachrichtung vorgehalten. Mit ihrer Notfallversorgung diene die Klägerin auch überregional als Notfallversorger im Bereich von Hauterkrankungen, zusammen mit einem angegliederten ambulant tätigen Medizinischen Versorgungszentrum.

Ihre Nichtteilnahme an den Notfallstrukturen im Sinne des angefochtenen Beschlusses führe zu diversen Widersprüchlichkeiten. So sei schon unklar, ob und inwieweit die aufzuwendenden Vorhaltekosten für die Notfallversorgung in der Fallpauschale abgebildet seien. Müsse sie aber gleichwohl einen Abschlag von 60 Euro pro Fall hinnehmen, führe das im Ergebnis dazu, dass Leistungen der Klinik ohne entsprechende Vergütung blieben. Ein weiterer Widerspruch zeige sich vor dem Hintergrund der Gesetzesbegründung zum KHSG. Danach solle der Beschluss des Beklagten keine neuen und weiterreichenden Vorgaben für die Teilnahme an der Notfallversorgung festlegen; er sei stattdessen Grundlage für eine differenzierte und aufwandsgerechtere Vereinbarung von Zu- und Abschlägen. Er solle für die Krankenhäuser keine zusätzlichen Kosten verursachen, sondern einen bestehenden erhöhten oder verminderten Aufwand berücksichtigen. Es sei bei Fachkrankenhäusern nicht sachgerecht, in jedem Fall undifferenziert einen Abschlag von 60,00 Euro je Fall in Ansatz zu bringen. Der Beschluss des Beklagten berücksichtige qualitative Kriterien zur Sicherstellung der Versorgung nur bedingt und sei in erster Linie auf Strukturqualität ausgerichtet. Es sei der Auftrag des Beklagten gewesen, Unterfinanzierungen im DRG-System zu identifizieren, die sich aufgrund personeller und sachlicher Vorhalten ergeben könnten. Es sollten aber nicht im Umkehrschluss Fachkliniken und Belegkrankenhäuser für die Kosten der Notfallversorgung anderer Kliniken aufkommen, die an der Notfallversorgung teilnehmen. Als Fachkrankenhaus werde man schließlich der Klägerin vor dem Hintergrund ihrer hohen Fallzahlen die vorhandene Expertise auch für eine Notfallbehandlung nicht absprechen können. Die Kostenfolgen des angefochtenen Beschlusses stünden somit im Widerspruch zum Willen des Gesetzgebers (Hinweis auf BT-Drucks. 18/5372, S. 66).

Der Beschluss des Beklagten sei nicht von der Rechtsgrundlage des § 136c Abs. 4 SGB V gedeckt. Der Beklagte sei nicht berechtigt, verpflichtende Abschläge festzulegen, habe sich das aber angemaßt. Der Beklagte habe die Grenzen seines Gestaltungsspielraums nicht eingehalten, die Regelungen verstießen gegen Art. 12 und Art. 3 Abs. 1 des Grundgesetzes. Mit dem Beschluss formuliere der Beklagte direkte Vorgaben für die Tätigkeit der Leistungserbringer und treffe damit eine Berufsausübungsregelung. Dem Eingriff fehle es an der notwendigen verfassungsrechtlichen Rechtfertigung. Dies beruhe darauf, dass der Beklagte nicht hinreichend legitimiert sei. Darüber hinaus mangele es an der materiellen Rechtfertigung, denn es liege ein unverhältnismäßiger Eingriff in die Berufsfreiheit vor. § 136c SGB V leite den Beklagten nicht gesetzlich an. Die gesetzliche Ermächtigung sei teilweise inhaltlich nicht hinreichend bestimmt. Für die nach Abs. 4 Satz 4 gebotene Beteiligung der „betroffenen medizinischen Fachgesellschaften“ sei nicht definiert, welche Fachgesellschaften damit gemeint seien. Die darin vorgesehene Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft sei nicht in der Lage, für eine hinreichende Legitimation zu sorgen, denn in dieser seien nicht zwingend alle Krankenhäuser als Mitglieder organisiert. Hinsichtlich des gebotenen legitimen Zwecks einer Berufsausübungsregelung enthalte die Norm gerade keine Definition des Begriffs der Notfallversorgung. An der Geeignetheit der Regelungen des Beschlusses bestehe schließlich deshalb Zweifel, weil in der Folge seiner strukturellen Anforderungen voraussichtlich 40 % der Kliniken in Zukunft ihren Notfallstatus verlieren würden. Fahrzeiten zu einem Krankenhaus würden damit für die notfallmäßig zu Behandelnden größer. Die Anforderung, wonach ein Arzt innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar sein müsse, entspreche nicht den arbeits- und tarifvertraglichen Regelungen zum Inhalt des Rufbereitschaftsdienstes, sondern nur des Bereitschaftsdienstes. Sie sei

deshalb von den Kliniken absehbar praktisch nicht zu gewährleisten, abgesehen von den enormen Kosten einer solchen Umstrukturierung. Auch sei in der Fachöffentlichkeit die Eignung der Regelungen deshalb bezweifelt worden, weil etwa die Hälfte aller Krankenhäuser keine zentrale Notaufnahme habe und diese erst aufbauen müsse. Das sei auch in der Übergangsphase, die der Beklagte einräume, voraussichtlich nicht leistbar.

Die nach § 136c Abs. 4 Satz 6 SGB V gebotene Folgenabschätzung habe hier nicht stattgefunden. Es gehe um Grundrechtsschutz durch Verfahren. Zudem habe die Deutsche Krankenhausgesellschaft ausweislich verschiedener Stellungnahmen die zur Folgenabschätzung durchgeführten Auswirkungsanalysen nicht für ausreichend valide gehalten, um verlässliche Aussagen zur Anzahl der am System beteiligten Krankenhäuser zu tägigen. Sie habe es vielmehr nicht für ausgeschlossen gehalten, dass eine deutlich höhere Zahl an Krankenhäusern von Abschlägen betroffen sein könne.

Die Klägerin beantragt,

festzustellen, dass die Abschnitte I. bis III. des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018, bekannt gemacht im Bundesanzeiger am 18. Mai 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), rechtswidrig und damit nichtig sind.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er erachte die Klage bereits als unzulässig, weil sie kein konkretes Rechtsverhältnis feststellen lassen wolle und anderweitiger Rechtsschutz im Rahmen der Abrechnung erbrachter Leistungen zumutbar sei. Der Klägerin stehe anderweitiger Rechtsschutz zur Verfügung, denn die Notfallstufen-Regelungen seien durch Verwaltungsakt umsetzungsbedürftig. Insbesondere die Erhebung von Zu- oder Abschlägen beruhe auf einer Regelungskaskade, wonach der Beklagte Mindestvorgaben für die verschiedenen Stufen festzulegen habe, dazu gehöre auch eine Stufe für die Nichtteilnahme. Auf der Grundlage dieser Vorgaben hätten die Vertragsparteien auf Bundesebene die Höhe der Zu- und Abschläge sowie Teilnahme und Nichtteilnahme vereinbart. Erst auf Grundlage dieser Vereinbarung erfolge die Erhebung von Zu- und Abschlägen. Die Vertragsparteien prüften die Erfüllung der Mindestvorgaben nach den Notfallstufen-Regelungen und stellten die Einordnung (eines Krankenhauses) in eine Notfallstufe bzw. ein Modul verbindlich fest. Das gelte auch für die Nichtteilnahme eines Krankenhauses. Dies unterscheide das zur Prüfung gestellte Regelungssystem der Notfallstufen u.a. von demjenigen der Mindestmengenregelung aus dem Jahr 2012, in welchem kein Umsetzungsakt (Vollzugsakt) vorgesehen gewesen sei. Im Unterschied zu jenem verbiete der angefochtene Beschluss weder die Erbringung der (Notfall-)Leistung noch schließe er deren Vergütung aus. Es drohe ausschließlich eine Abschlagszahlung. Außerdem enthielten die Notfallstufenregelungen des Beklagten selbst keine Norm, die zur Erhebung von Zu- oder Abschlägen ermächtige. Die Klägerin müsse sich darauf verweisen lassen, sich gegen die Vereinbarung auf Bundesebene und dortige Vergütungsregelungen zur Wehr zu setzen. Dass die Klägerin dabei zunächst Abschläge hinnehmen müsse oder keine Zuschläge erhalte, sei unerheblich, denn dies sei ihr zuzumuten.

Die Klage sei jedenfalls unbegründet, denn der Beschluss des Beklagten sei verfahrensfehlerfrei zustande gekommen, beruhe auf einer hinreichenden Ermächtigungsgrundlage und stehe im Einklang mit den Grundrechten der Klägerin. Er basiere darüber hinaus auf der gebotenen Folgenabschätzung gemäß § 136c Abs. 4 Satz 6 SGB V. Mit den angegriffenen Regelungen werde gewährleistet, dass solche Krankenhäuser Zuschläge erhielten, die Strukturen von Notfallversorgung in erforderlicher Qualität vorhielten. Für Krankenhäuser, die nicht an der stationären Versorgung teilnähmen, sehe dagegen der Gesetzgeber selbst einen Abschlag vor.

Mit Blick darauf könne ein Angriff auf die Regelung des Beklagten daher nur hinsichtlich der dort festgelegten (inhaltlichen) Anforderungen an die Notfallstufen erfolgen, nicht aber gegen die gesetzlich festgelegten Abschläge selbst. Insoweit habe der Beklagte innerhalb der Grenzen seines Gestaltungsspielraums verhältnismäßige Mindestvorgaben zur Art und zur Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahlung zur Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen getroffen.

Der Beklagte habe die verfahrensbezogenen Anforderungen eingehalten, insbesondere die vorgeschriebene Folgenabschätzung durchgeführt. Diese hätte nicht in Bezug auf die konkret betroffenen einzelnen Krankenhäuser stattfinden müssen, sondern es sei um eine Abschätzung für die Gesamtheit der Krankenhäuser gegangen. Dem sei der Beklagte mit der Beauftragung des Instituts für Gesundheit- und Sozialforschung (IGES Institut GmbH) und der Einbeziehung der von diesem erstellten Auswirkungsanalysen bezogen auf einen repräsentativen Durchschnitt der betroffenen Krankenhäuser in die Tragenden Gründe nachgekommen (Hinweis auf BT-Drucks. 18/10289, S. 55).

Der Beklagte sei für die Regelungen konkret durch § 136c Abs. 4 SGB V hinreichend legitimiert. Die Notfallstufen-Regelungen stünden im Einklang mit Art. 12 GG und Art. 3 GG. Dabei sei bereits fraglich, ob reine Finanzierungsfragen im Hinblick auf die erforderliche Qualitätssicherung überhaupt in die Berufsausübungsfreiheit der Krankenhäuser eingreifen. Jedenfalls seien die Anforderungen aber verhältnismäßig. Zentrales Ziel der Regelungen des Beklagten sei die Sicherung der Versorgungsqualität in Notfallsituationen. Speziell dafür formulierten sie Anforderungen an die Verfügbarkeit des qualifizierten Fachpersonals und die infrastrukturelle Ausstattung eines Krankenhauses. Im Gegenzug zur Vorhaltung des Personals und der entsprechenden Infrastruktur (Ausstattung) erhielten die Krankenhäuser Zuschläge. Es bleibe aber dabei, dass alle Krankenhäuser, unabhängig von ihrer Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung, verpflichtet seien, eine Erstversorgung akuter Notfälle zu gewährleisten.

Der Beklagte habe unter anderem mit der Anforderung der jederzeitigen Verfügbarkeit eines Facharztes/einer Fachärztin innerhalb von 30 Minuten am medizinisch notfallmäßig zu Behandelnden tarifvertrags- und arbeitsrechtliche Vorgaben berücksichtigt. Die genannte Erreichbarkeit werde vom Bundesarbeitsgericht als mit der Rufbereitschaft vereinbar angesehen. Außerdem beruhe die arbeitsorganisatorische Entscheidung, wie die erforderliche Verfügbarkeit im Einzelfall sichergestellt werde, auf Entscheidungen im jeweiligen Krankenhaus. In der Sache sei das Erfordernis der 30-Minuten-Facharzt-Verfügbarkeit angemessen, da sämtliche Notfalldiagnosen zeitkritisch seien. Schließlich böten die im Beschluss enthaltenen Übergangsregelungen ausreichend Zeit für die betroffenen Krankenhäuser, sich auf die neuen Anforderungen einzustellen. Dies werde durch die Ergebnisse der Folgenabschätzung der IGES Institut GmbH bestätigt, wonach 2019 bereits 80 % der Krankenhäuser über eine Zentrale Notaufnahme verfügten, das gelte auch hinsichtlich vieler anderer Anforderungen des Beschlusses des Beklagten.

Die Klägerin könne auch nicht im Sinne einer Ausnahmeregelung in die Notfallstrukturen eingeordnet werden, weil sie bereits die Anforderung der niedrigsten Notfallstufe (Basisnotfallversorgung) nicht erfülle.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die Normsetzungsdokumentation des Beklagten verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe

Die Klage ist zulässig, bleibt aber ohne Erfolg.

A. Der Senat behandelt den vorliegenden Streit eines Krankenhausträgers gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss als Angelegenheit der Sozialversicherung (§ 31 Abs. 1 Satz 1Sozialgerichtsgesetz [SGG]), nämlich der Krankenversicherung (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 18. Dezember 2012, B 1 KR 34/12 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 9 [Mindestmengenregelung]).

B. Für die Streitigkeit ist das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg erstinstanzlich zuständig. Die Klage richtet sich unmittelbar „gegen Entscheidungen und Richtlinien“ des Beklagten im Sinne von § 29 Abs. 4 Nr. 3 SGG, nämlich gegen einen Verbindlichkeit entfaltenden Beschluss im Sinne der §§ 91 Abs. 6, 136c Abs. 4 SGB V.

C. Die Klage ist zulässig. Die vom Beklagten insoweit erhobene Rüge geht ins Leere.

1. Statthaft ist die Klage als Normfeststellungsklage (§ 55 SGG; vgl. Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Auflage 2020, Rdnr. 10c zu § 55). Die Rechtsschutzgarantie des Art. 19 Abs. 4 Grundgesetz (GG) gebietet es, die Feststellungsklage gegen untergesetzliche Rechtsnormen als statthaft zuzulassen, wenn die Normbetroffenen ansonsten keinen effektiven Rechtsschutz erreichen können, etwa weil ihnen nicht zuzumuten ist, Vollzugsakte zur Umsetzung der untergesetzlichen Norm abzuwarten oder die Wirkung der Norm ohne anfechtbare Vollzugsakte eintritt (Bundessozialgericht a.a.O., Rdnr. 11). Der vorliegend streitige Beschluss des Beklagten vom 19. April 2018 über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V ist eine untergesetzliche Norm in diesem Sinne. Der Beklagte hat hier Regelungen getroffen u.a. zu den Stufen der Notfallversorgung und den jeweiligen Mindestanforderungen. Für die Klägerin als Leistungserbringerin, die unstreitig nicht an dem vom Beklagten definierten System der Notfallversorgung teilnimmt, entfalten diese Regelungen unmittelbare Geltung und Verbindlichkeit (§ 91 Abs. 6 SGB V).

2. Die Klage ist auch im Übrigen zulässig.

a) Insbesondere ist die Klägerin klagebefugt. Zur Vermeidung einer Popularklage ist auch bei der Feststellungsklage der Rechtsgedanke

des § 54 Abs. 1 Satz 2 SGG heranzuziehen, nach dem bei einer zulässigen Rechtsverfolgung „eigene“ Rechte betroffen sein müssen; hierfür genügt es, dass eine Rechtsverletzung der Klägerin möglich ist (Bundessozialgericht a.a.O., Rdnr. 16). Die Klägerin ist in diesem Sinne klagebefugt, weil nicht von vornherein und nach jeder denkbaren Betrachtung ausgeschlossen ist, dass die vom Beklagten getroffenen Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern eigene Rechte der Klägerin verletzen. Die begehrte Feststellung ist auf ein Rechtsverhältnis gerichtet (§ 55 Abs. 1 Halbs. 1 Nr. 1 SGG), in dem die Klägerin als Krankenhausträgerin eigene grundrechtlich (Art. 3 Abs. 1,Art. 12 Abs. 1 GG) geschützte Belange geltend machen kann. Die Klägerin ist durch die vom Beklagten getroffenen, vorliegend streitigen Regelungen beschwert, weil insbesondere die Regelungen zur Basisnotfallversorgung in Abschnitt III. des Beschlusses bewirken, dass sie in den Kreis derjenigen Krankenhäuser fällt, die – gesetzgeberisch gewollt, vgl. § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG i.d.F. des KHSG – als nicht an der Notfallversorgung Beteiligte abschlagspflichtig werden.

b) Hieraus ergibt sich zugleich das nach § 55 Abs. 1, letzter Halbs. SGG erforderliche Feststellungsinteresse („berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung“). Das Feststellungsinteresse ist ein Sonderfall bzw. eine Ausprägung des allgemeinen Rechtsschutzbedürfnisses.

Letzteres fehlt grundsätzlich, wenn das begehrte Urteil die rechtliche oder wirtschaftliche Stellung eines Klägers nicht verbessern würde oder wenn das angestrebte Ergebnis auf einfachere Weise erreicht werden kann (vgl. Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Auflage 2020, Rdnr. 15 zu § 55). Das Feststellungsinteresse im Besonderen verlangt ein vernünftigerweise gerechtfertigtes, als schutzwürdig anzuerkennendes Interesse am Ausgang der Sache, das rechtlicher, aber auch bloß wirtschaftlicher oder ideeller Art sein kann; an „baldiger“ Feststellung besteht ein Interesse, wenn eine Gefährdung oder Unsicherheit schutzwürdiger Interessen schon gegenwärtig besteht (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 17. Dezember 2006, B 3 KR 5/06 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 17; Urteil vom 2. August 2001, B 7 AL 18/00 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 11; Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 21. Dezember 2011, L 7 KA 77/10 KL, zitiert nach juris, dort Rdnr. 144f.).

Hieran gemessen hat Klägerin zweifellos ein schutzwürdiges Interesse am Ausgang der Sache, denn eine stattgebende Entscheidung würde ihre rechtliche und wirtschaftliche Stellung unmittelbar verbessern. Würde der Senat die vom Beklagten beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Abs. 4 SGB V für rechtswidrig und unwirksam erklären, entfiele zugleich die Zuordnung der Klägerin zum Kreis der nicht an der Notfallversorgung beteiligten Krankenhäuser und damit die sie treffende Abschlagspflicht nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG i.V.m. § 2 Abs. 1 Satz 1 der Notfallstufenvergütungsvereinbarung.

c) Im Gegensatz zur Auffassung des Beklagten ist die Normfeststellungsklage auch nicht subsidiär, denn die Klägerin kann nicht darauf verwiesen werden, ihre Rechte vorrangig anderweitig, insbesondere durch Anfechtungs- oder Leistungsklage, geltend zu machen. Der auch im Rahmen von § 55 SGG zu beachtende Grundsatz der Subsidiarität der Feststellungsklage dient vor allem der Vermeidung überflüssiger Klagen und damit der Prozessökonomie (vgl. Keller, a.a.O., Rdnr. 19). Es liegt auf der Hand, dass ein Obsiegen der Klägerin mit der vorliegenden Klage in besonderem Maße effektiv wäre, weil die Klage gewissermaßen an der Weichenstellung ansetzt, die die Klägerin der Abschlagspflicht unterwirft, so dass sie nicht darauf verwiesen werden kann, sich alternativ etwa vorrangig in Vergütungsstreitigkeiten mit gesetzlichen Krankenkassen zu begeben.

Ebenso wenig wäre es prozessökonomischer, die Klägerin auf eine Klage unmittelbar gegen die Notfallstufenvergütungsvereinbarung oder gar auf eine Verfassungsbeschwerde gegen einzelne Regelungen des KHSG zu verweisen. Letzteres wäre zwar alternativ denkbar, führt aber keinesfalls zur Subsidiarität der vorliegenden Normfeststellungsklage.

d) Weitere Zulässigkeitsvoraussetzungen bestehen nicht; insbesondere ist die Normfeststellungsklage nach § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG nicht fristgebunden.

D. Die Klage ist indessen unbegründet. Der Beschluss des Beklagten vom 19. April 2018 über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V ist rechtlich nicht zu beanstanden. Der Prüfungsmaßstab des Gerichts hat der Funktion des Beklagten als untergesetzlicher Normgeber Rechnung zu tragen (unten 1.). Der Senat hat keine Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit der in § 136c Abs. 4 SGB V liegenden gesetzgeberischen Ermächtigung (unten 2.). Sämtliche gesetzlichen Verfahrenserfordernisse hat der Beklagte gewahrt (unten 3.). Die in dem angefochtenen Beschluss getroffenen Regelungen verstoßen inhaltlich weder gegen die gesetzliche Grundlage in § 136c Abs. 4 SGB V noch sonst gegen Regelungen des KHSG oder sonstige höherrangige Rechtsnormen (unten 4.)

1. Die Rechtmäßigkeit des Beschlusses des Beklagten über das gestufte System von Notfallstrukturen ist unter Berücksichtigung der Funktion des Beklagten als Normgeber an der gesetzlichen Ermächtigung in § 136c Abs. 4 SGB V zu messen, zudem am System der dazu weiter im KHSG getroffenen Regelungen, etwa in § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG. Die im Rang unterhalb des einfachen Gesetzesrechts stehenden Beschlüsse des Beklagten sind hierbei gerichtlich in der Weise zu prüfen, wie wenn der Bundesgesetzgeber derartige Regelungen in Form einer untergesetzlichen Norm – z.B. einer Rechtsverordnung - selbst erlassen hätte (vgl. nur Bundessozialgericht, Urteil vom 18. Dezember 2012, B 1 KR 34/12 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 21, m.w.N. [Mindestmengenregelung]).

Tatbestandlich gibt § 136c Abs. 4 SGB V dem Beklagten ein – wie stets – im ersten Schritt rechtlich voll überprüfbares Programm vor (vgl. dazu Bundessozialgericht, a.a.O.): Der gesetzgeberische Auftrag zielt ausdrücklich auf die Schaffung eines gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, das zwingend auch eine „Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung“ umfassen soll (Satz 1). Der Beklagte ist verbindlich gehalten, „für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen differenziert festzulegen“ (Satz 2). Dabei sind planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach § 136c Abs. 1 Satz 1, soweit diese für die Notfallversorgung von Bedeutung sind, zu berücksichtigen (Satz 3). In seinem Verfahren hat der Beklagte den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und diese Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen (Sätze 4 und 5); außerdem ist eine Folgenabschätzung durchzuführen, deren Ergebnisse zu berücksichtigen sind (Satz 6).

Der Beklagte ist danach befugt (und verpflichtet), als Normgeber über das gestufte System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern zu entscheiden. Im zweiten Schritt der rechtlichen Überprüfung, bezogen auf die konkrete Ausgestaltung der gesetzgeberisch in aller Klarheit geforderten Regelung eines „gestuften Systems“, darf die sozialgerichtliche Kontrolle ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zufolge ihre eigenen Wertungen nicht an die Stelle der vom Beklagten getroffenen Wertungen setzen. Der Senat hat also bei der inhaltlichen Kontrolle der angegriffenen Regelungen den gesetzgeberischen Gestaltungsspielraum des Beklagten zu respektieren; diesem steht eine durch seine fachkundige und interessenpluralistische Zusammensetzung begründete Entscheidungsprärogative zu. Die gerichtliche Prüfung beschränkt sich darauf, ob die Zuständigkeits- und Verfahrensbestimmungen Beachtung gefunden haben und ob die Grenzen des Gestaltungsspielraums in Gestalt höherrangigen Rechts (sei es hier § 136c Abs. 4 SGB V, das KHSG insgesamt oder sonstiges materielles Recht) eingehalten sind (vgl. Bundessozialgericht a.a.O. sowie Urteil vom 1. März 2011, B 1 KR 7/10 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 27 [sortis]; Urteil vom 31. Mai 2006, B 6 KA 13/05 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 68 [Clopidogrel]; Urteil vom 16. Mai 2001, B 6 KA 20/00 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 31 [Überprüfung einer EBM-Ä-Regelung]).

Im Gegensatz zur Auffassung der Klägerin vertritt der Senat dabei die Überzeugung, dass der Beklagte zur Konkretisierung u.a. des sich aus § 136c Abs. 4 SGB V ergebenden Regelungsprogramms ermächtigt ist, außenwirksame Normen im Range untergesetzlichen Rechts zu erlassen. Die Verfassungsmäßigkeit dieser Art der Rechtsetzung und die demokratische Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses sind nicht in Zweifel zu ziehen (gesicherte höchstrichterliche Rechtsprechung; vgl. dazu nur Bundessozialgericht, Urteil vom 18. Dezember 2012, B 1 KR 34/12 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 22 m.w.N.).

2. Ebenso wenig hat der Senat Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit von § 136c Abs. 4 SGB V als gesetzliche Ermächtigung zum Erlass des vorliegend angefochtenen Beschlusses.

a) Der Gesetzgeber hat sich insoweit von dem überragenden Gemeinwohlbelang steuern lassen, die Notfallversorgung in Krankenhäusern zu strukturieren und in ihrer Qualität zu sichern. Die Sachgerechtheit bzw. der legitime Zweck dieser gesetzgeberischen Intention können nicht in Abrede gestellt werden. Durch die Verknüpfung von Qualitätssicherung und Krankenhausplanung sollen die Länder in die Lage versetzt werden, in ihre Planungsentscheidungen neben den Aspekten der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern auch deren Versorgungsqualität einzubeziehen (vgl. R. Klein in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 136c SGB V, Stand: 24. Januar 2022, Rdnr. 12). Das bedarf keiner weiteren Vertiefung, zumal die Klagebegründung insoweit keine auch nur ansatzweise tragfähigen Beanstandungen erhebt.

b) Der Senat hält die gesetzliche Ermächtigung auch für hinreichend bestimmt. Insoweit rügt die Klägerseite, es sei von vornherein unklar, was der Gesetzgeber überhaupt mit dem Begriff des „Notfalls“ meine. Diese Bedenken kann der Senat nicht nachvollziehen, denn der in § 136c Abs. 4 SGB V vorausgesetzte Begriff des „Notfalls“ in der Wendung „Notfallstrukturen“ unterliegt einem gesicherten Verständnis und auch regelhaftem Gebrauch im Gefüge des SGB V und ist abzugrenzen z.B. vom Begriff der „planbaren Leistungen“ (vgl. § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V).

So regelt § 76 Abs. 1 SGB V, dass die nicht zur ambulanten Versorgung zugelassenen Ärzte und Einrichtungen (Krankenhäuser u.a.) nur in Anspruch genommen werden dürfen, sofern ein Notfall vorliegt und soweit die Inanspruchnahme sich als Notfallbehandlung darstellt. Ein Notfall in diesem Sinne liegt nach geläufiger Begriffsbestimmung vor, wenn eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein teilnahmeberechtigter Behandler mangels Erreichbarkeit, Umfang des Teilnahmerechts, Qualifikation oder eigener Bereitschaft zur Behandlungsübernahme nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Dringende Behandlungsbedürftigkeit ist anzunehmen, wenn aus einer ex-ante-Betrachtung heraus ohne sofortige Behandlung Gefahren für Leib und Leben bestehen oder Schmerzen unzumutbar lange dauern würden (vgl. dazu schon Bundessozialgericht, Urteil vom 24. Mai 1972, 3 RK 25/69, zitiert nach juris, dort Rdnr. 8; Urteil vom 1. Februar 1995, 6 RKa 9/94, zitiert nach juris, dort Rdnr. 17; vgl. auch Beschluss vom 18. Oktober 2010, B 3 KR 12/10 B , zitiert nach juris, dort Rdnr. 5; Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 14. November 2007, L 12 KA 1/06, zitiert nach juris, dort Rdnr. 29; Hesral in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 76 SGB V, Stand: 15. Juni 2020, Rdnr. 27; Bäune in von Koppenfels-Spies, Wenner, SGB V, 4. Aufl. 2022, Rdnr. 11 zu § 76). Vertiefend hat der 6. Senat des Bundessozialgerichts in seinem Urteil vom 13. Mai 2020 (B 6 KA 6/19 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 21) ausgeführt: „Bei den Leistungen, die auf der Grundlage des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V als Notfallleistungen erbracht und abgerechnet werden, kann es sich nur um solche handeln, die auf die Erstversorgung ausgerichtet sind. In einer Krankenhausambulanz dürfen weder reguläre vertragsärztliche Behandlungen durchgeführt werden, die dem Umfang und der Ausrichtung nach über

die Notfallversorgung hinausgehen, noch darf das Krankenhaus regulär Sprechstunden anbieten. Allein der Wunsch eines Versicherten nach einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus verbunden mit der Geltendmachung akuten Behandlungsbedarfs stellt zu Zeiten regulärer vertragsärztlicher Sprechstunden keinen `Notfall` im Sinne des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V dar (...) Ein Vergütungsanspruch besteht nur für solche diagnostischen und therapeutischen Leistungen, die entweder erforderlich sind, um zu erkennen, ob ein Notfall vorliegt, oder die ggf. für eine Erstversorgung des Patienten notwendig sind. Die Erstversorgung hat sich darauf zu konzentrieren, Gefahren für Leib und Leben sowie unzumutbaren Schmerzen der Patienten zu begegnen sowie die Notwendigkeit einer stationären Behandlung abzuklären." Dem ist nichts hinzuzufügen; auf weitere Einzelheiten etwa der Vergütung von Notfallleistungen im Krankenhaus muss der Senat an dieser Stelle nicht eingehen.

c) Keine verfassungsrechtlichen Bedenken hat der Senat auch an der Ausgestaltung der Beteiligungsrechte. § 136c Abs. 4 Satz 4 SGB V sieht insoweit vor, den „betroffenen medizinischen Fachgesellschaften" Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, nach Satz 5 sind diese Stellungnahmen bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen. Die Beteiligung medizinischer Fachgesellschaften ist gerade im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung von im Krankenhaus erbrachten Leistungen selbstverständlich und auch an anderer Stelle vorgesehen, so etwa – statt vieler – in § 136c Abs. 3 Satz 5 SGB V oder in § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V.

Die Klägerin rügt insoweit unter Rückgriff auf den Gedanken der fehlenden demokratischen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses, dass eine Beteiligung Betroffener, etwa der Klinikbetreiber, nicht vorgesehen sei. Das überzeugt schon deshalb nicht, weil keine Zweifel an der demokratischen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses bestehen (dazu bereits weiter oben) und weil die Deutsche Krankenhausgesellschaft nach § 91 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu den Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses gehört; der Klägerin steht es frei, sich über ihre Landeskrankenhausgesellschaft, die zu den Mitgliedsverbänden der Deutschen Krankenhausgesellschaft gehört, in den Meinungsbildungsprozess einzubringen. Mehr Partizipation bzw. Legitimation kann nicht verlangt werden.

3. Die formellen Voraussetzungen für den Erlass des angefochtenen Beschlusses hat der Beklagte beachtet. Zuständigkeitsfragen stellen sich nicht. Das gesetzlich vorgesehene Verfahren hat der Beklagte beanstandungsfrei gewahrt.

a) Die nach § 136c Abs. 4 Satz 4 erforderliche Beteiligung „der betroffenen medizinischen Fachgesellschaften" ist auf der Grundlage des dritten Abschnitts der Verfahrensordnung des Beklagten erfolgt und im Normsetzungsvorgang des Beklagten vollständig dokumentiert.

Der Beklagte hat Stellungnahmen von über 20 Fachgesellschaften angefragt, die erhaltenen Stellungnahmen ausgewertet und in seine Entscheidungsfindung einbezogen. Das ist insbesondere anhand von Anlage 4 zu den Tragenden Gründen des Beschlusses vom 19. April 2018 transparent und eingehend nachvollziehbar (2018-04-19_Not-Kra-R_TrG_Anlage.pdf (g-ba.de)).Ein Verfahrensfehler ist insoweit nicht ansatzweise zu erkennen.

b) Auch die nach § 136c Abs. 4 Satz 6 SGB V erforderliche Folgenabschätzung hat der Beklagte verfahrensfehlerfrei durchgeführt. Er hat insoweit eine wissenschaftliche Institution mit der Erstellung einer Folgenabschätzung beauftragt und das Ergebnis in seine Entscheidungsfindung einbezogen. Im Rahmen eines Vergabeverfahrens hat er der IGES Institut GmbH den Zuschlag erteilt. Die „Folgenabschätzung einer gestuften Notfallversorgung", basierend auf Abfragen an Krankenhausstandorten, ist als Anlage 6 zu den Tragenden Gründen dokumentiert (2018-04-19_Not-Kra-R_TrG_Anlage.pdf (g-ba.de)).

Die insoweit erhobene Rüge der Klägerin vermag der Senat nicht nachzuvollziehen. So heißt es auf Bl. 45 der Klagebegründung vom 14. November 2019: „Ungeachtet des gesetzgeberischen Willens war der Beklagte gehalten, die von ihm verlangte Folgenabschätzung verfassungskonform und zwar so zu handhaben, wie dies mit Blick auf die betroffenen Grundrechte der Klinikbetreiber erforderlich war – gerade dann, wenn er sich mit § 1 Abs. 1 Satz 3 des Beschlusses das Recht herausnahm, zwingend Abschläge für solche Kliniken vorzusehen, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen." Diese Herangehensweise verkennt zweierlei: Erstens hat der Beklagte sich nicht das Recht herausgenommen (also erstmalig für sich in Anspruch genommen), zwingend Abschläge für solche Kliniken vorzusehen, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen; diese Grundentscheidung hat nämlich der Gesetzgeber getroffen, indem er im Gefüge des KHSG § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG eingeführt hat („Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren […] bis zum 30. Juni 2017 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung, wobei bei der Ermittlung der Höhe der Zu- und Abschläge eine Unterstützung durch das DRG-Institut vorzusehen ist; die Zu- und Abschläge müssen sich auf das Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickeln ist."). Zweitens greift die Rüge der Klägerin letztlich das Ergebnis der vom Beklagten getroffenen Regelungen an und nicht die Ordnungsgemäßheit des durchgeführten Verfahrens; dem Beklagten wird angesonnen, er hätte die Folgenabwägung von vornherein auf die Interessen kleinerer Kliniken wie der Klägerin zuschneiden müssen. Es liegt auf der Hand, dass ein Verfahrens- oder Abwägungsfehler so nicht schlüssig begründet werden kann.

4. Auch materiellrechtlich ist der angefochtene Beschluss des Beklagten beanstandungsfrei. Die getroffenen Regelungen verstoßen inhaltlich weder gegen die gesetzliche Grundlage in § 136c Abs. 4 SGB V noch sonst gegen Regelungen des KHSG oder sonstige höherrangige Rechtsnormen.

a) Das gilt ganz unproblematisch zum Einen für das „Ob“ der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, also den Bereich der in § 136c Abs. 4 SGB V als Ermächtigungsnorm vorhandenen, grundsätzlich voll überprüfbaren gesetzlichen Tatbestandsmerkmale.

Der an den Beklagten gerichtete Arbeitsauftrag des Gesetzgebers beinhaltet keine unbestimmten Rechtsbegriffe, deren Auslegung Schwierigkeiten aufwerfen würde. Anders als zum Beispiel im Rahmen von § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V a.F. bzw. § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V n.F. (Begriff der „planbaren Leistung“ sowie Abhängigkeit der Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen im Rahmen einer Mindestmengenregelung) umfasst § 136c Abs. 4 SGB V ausschließlich einen Handlungsauftrag, der klar und abschließend definiert ist. Das gesetzgeberisch geforderte gestufte System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, das auch eine Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung umfassen soll, wirft an und für sich keine Fragen auf; eine solche Regelung ist unbedingt zu treffen. Auf der Ebene des unmittelbar sich aus § 136c Abs. 4 Satz 1 und Satz 2 SGB V ergebenden gesetzlichen Tatbestandes hat der Senat daher, auch im Lichte der Klagebegründung, keine weitere Prüfung vorzunehmen.

b) Weiter begegnet aber auch die konkrete Ausgestaltung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern durch den Beklagten, das „Wie“, keinen rechtlichen Bedenken. Unter Beachtung der dem Beklagten insoweit zukommenden Einschätzungsprärogative vermag der Senat keine Rechtsverstöße zu erkennen.

aa) Das gilt in besonderem Maße, soweit die Klägerin als zentrales Moment ihrer Klage die Tragfähigkeit von § 1 Abs. 1 Satz 3 des Beschlusses („Bei einer Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung sind verbindliche Abschläge zu erheben.“) angreift. Denn hier ist der Beklagte nicht eigenkreativ tätig geworden, sondern hat nur in den Beschluss über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern dasjenige deckungsgleich – und damit deklaratorisch – implantiert, was der Gesetzgeber schon als Grundentscheidung im KHSG geregelt hatte. Bezeichnender Weise findet sich die von der Klägerin beanstandete Passage in § 1 des Beschlusses, überschrieben mit „Ziel der Regelung“. Hier werden nach Art einer Erläuterung bzw. Einleitung nur Vorgaben paraphrasiert, die der Gesetzgeber selbst ausdrücklich getroffen hat. § 1 Abs. 1 Satz 1 des Beschlusses entspricht im Wesentlichen dem Wortlaut von § 136c Abs. 4 Satz 1 SGB V. § 1 Abs. 1 Satz 2 des Beschlusses greift die in § 136c Abs. 4 Satz 2 SGB V enthaltene Vorgabe der differenzierten Festlegung einzelner Stufen der Notfallversorgung auf und nimmt zugleich auf den in § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG enthaltenen Gedanken Bezug, wonach die Krankenhäuser Zuschläge für ihre Beteiligung an der Notfallversorgung erhalten, abhängig von der konkreten Stufenzuordnung. Nichts „Neues“ sagt dementsprechend auch § 1 Abs. 1 Satz 3 des Beschlusses, wenn dort davon die Rede ist, dass bei einer Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung verbindliche Abschläge zu erheben sind; vielmehr entspricht diese Formulierung wortgleich einer Passage, die in der Gesetzesbegründung zu § 136c Abs. 4 SGB V (BT-Drs. 18/5372, S. 92, achte Zeile von oben) niedergelegt ist („Bei einer Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung sind verbindlich Abschläge nach § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG zu erheben.“). Konsequent regelt § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG nicht nur die Erhebung von Zuschlägen bei einer Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung, sondern gerade auch die verbindliche Erhebung von Abschlägen im Falle der Nichtteilnahme. Auch hier heißt es in der Gesetzesbegründung, es solle für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung „ein Abschlag vereinbart werden“ (BT-Drs. 18/5372, S. 69, letzte Zeile unten).

Der Angriff der Klägerin gegen den Beschluss des Beklagten geht angesichts all dessen durchweg ins Leere, denn der Beklagte hat mit allen Regelungen in § 1 Abs. 1 seines Beschlusses nur unmittelbare Vorgaben des parlamentarischen Gesetzgebers umgesetzt und sich damit vollständig im Rahmen der gesetzlichen Ermächtigung bewegt.

Die Klägerin lässt insoweit auch unberücksichtigt, dass bereits seit dem 25. März 2009 mit § 4 Abs. 6 KHEntgG (i.V.m. § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG) eine Regelung bestand, wonach unter bestimmten Voraussetzungen im Falle der Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung ein Betrag in Höhe von 50 Euro je vollstationärem Fall abzuziehen war. Der Gedanke des obligatorischen Abschlags im Falle der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung war im Jahre 2018 also weder neu noch hat etwa der Beklagte ihn im Zuge seines vorliegend beanstandeten Beischlusses „erfunden“.

Soweit die Klägerin die Höhe des in § 2 Abs. 1 Satz 1 der Notfallstufenvergütungsvereinbarung vorgesehen Rechnungsabschlags von pauschal und unabgestaffelt 60 Euro je stationärem Behandlungsfall und die damit einhergehenden wirtschaftlichen Auswirkungen beanstandet, kann sie damit im vorliegenden Verfahren nicht gehört werden. Denn die Klage richtet sich gegen den Beschluss des Beklagten vom 19. April 2018 und nicht gegen die Notfallstufenvergütungsvereinbarung, wie sie am 10. Dezember 2018 zwischen GKV-Spitzenverband und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (gemeinsam) sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgeschlossen worden ist. Das von der Klägerin in diesem Zusammenhang aufgeworfene Erlösproblem ist nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens und kann daher auch nicht in seinem Rahmen gelöst werden.

bb) Ohne Erfolg rügt die Klägerin schließlich auch die konkrete Ausgestaltung der Basisnotfallversorgung in Abschnitt III. des angefochtenen Beschlusses. Hier hebt die Klägerin darauf ab, die in § 5 Abs. 2 des Beschlusses formulierten Anforderungen an das Vorliegen einer „Fachabteilung“ seien überspitzt, wenn ein angestellter Facharzt innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar sein müsse („Anrückzeit“). Für den Senat liegt insoweit auf der Hand, dass der Beklagte sich mit der 30-Minuten-Regelung unproblematisch im

Rahmen seines Gestaltungsspielraums bewegt hat, u.z. gerade wenn man bedenkt, dass es um die Versorgung von eilbedürftigen Notfällen im oben definierten Sinne geht: „Dringende Behandlungsbedürftigkeit ist anzunehmen, wenn aus einer ex-ante-Betrachtung heraus ohne sofortige Behandlung Gefahren für Leib und Leben bestehen oder Schmerzen unzumutbar lange dauern würden.“ Der Beklagte hat insoweit nachvollziehbar angeführt, es handele sich hier am häufigsten um die Notfalldiagnosen Vorhofflimmern, Tachykardie/Schlaganfall, Rechtsherzinsuffizienz, Lungenödem, Hirninfarkt oder Sepsis. Angesichts der Lebensbedrohlichkeit dieser Notfälle erscheint die 30-Minuten-Regelung ohne Weiteres plausibel. Die konkrete Bestimmung der „Anrückzeit“ spiegelt sich auch in der für Belegärzte auf der Grundlage von § 39 Abs. 5 Nr. 3 BMV-Ä geltenden Regel, wonach Belegarzt nur sein kann, wer innerhalb von 30 Minuten von seiner Wohnung bzw. Praxis aus das Belegkrankenhaus erreichen kann (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 17. März 2021, B 6 KA 6/20 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 31f.).

Dem vermag auch die von der Klägerin zu den Akten gereichte Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 15. Februar 2022 nichts Entscheidendes entgegen zu setzen. Es liegt in der Natur der Sache, dass es unterschiedliche Auffassungen zur Berechtigung der 30-Minuten-Regelung geben kann; dass der Beklagte hier aber seinen normgeberischen Gestaltungsspielraum überschritten bzw. seine Einschätzungsprärogative rechtswidrig gehandhabt hat, ist zur Überzeugung des Senats nicht erkennbar.

cc) Die Auffassung der Klägerin zu im Beschluss vom 19. April 2018 liegenden Grundrechtsverletzungen teilt der Senat nicht. Auch hier bleibt anzumerken, dass die eigentlichen Eingriffe der Gesetzgeber mit einzelnen im KHSG enthaltenen Regelungen vorgenommen hat und nicht der Beklagte.

Soweit die Berufsfreiheit, Art. 12 Abs. 1 GG, in Rede steht, ist die z.B. in den Anforderungen an die Basisnotfallversorgung liegende Berufsausübungsregelung – wie bereits dargestellt – durch überragende Gemeinwohlbelange gerechtfertigt. Ebenso wenig sieht der Senat eine willkürliche Ungleichbehandlung (Art. 3 Abs. 1 GG) von hochspezialisierten Fachkrankenhäusern, die in dem angefochtenen Beschluss keine Sonderbehandlung erfahren. Spezialisierte Kliniken wie diejenige der Klägerin (Behandlung von jeglichen Hauterkrankungen) sind in der Regel weit davon entfernt, strukturell, apparativ oder personell wie ein Krankenhaus, das an der Basisnotfallversorgung teilnimmt, ausgestattet zu sein. Damit einher gehen niedrigere Vorhaltekosten, die die Erhebung eines Abschlages je stationär versorgtem Fall dem Grunde nach nicht willkürlich erscheinen lassen.

Die Verhältnismäßigkeit der vom Beklagten getroffenen Regelungen zeigt sich schließlich auch in der in § 30 des Beschlusses getroffenen Übergangsbestimmung; die Anforderungen an das Vorhandensein einer Zentralen Notaufnahme – erforderlich für alle drei Stufen nach § 6 Abs. 2 des Beschlusses – waren erst drei Jahre nach Inkrafttreten des Beschlusses zu erfüllen.

E. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 SGG i.V.m. 154 Abs. 1 VwGO. Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht, § 160 Abs. 2 SGG.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-11-08